UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 89**

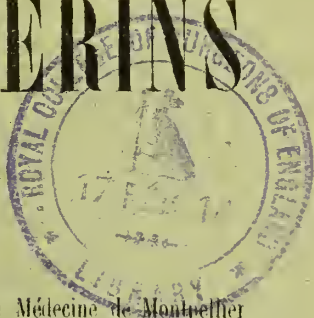
6

FACULTÉ DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES UTÉRINS



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1913

PAR

Gaston VIALLE

Né à Montpellier, le 6 Août 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	TEDENAT, professeur, *Président.*	
	DE ROUVILLE, profes. adj	*Assesseurs.*
	DELMAS P., agrégé	
	MASSABUAU, agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES UTÉRINS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 89

6

FACULTÉ DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES UTÉRINS



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juillet 1913

PAR

Gaston VIALLE

Né à Montpellier, le 6 Août 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

- TÉDENAT, professeur, *Président.*
- DE ROUVILLE, profes. adj. — *Assesseurs.*
- DELMAS P., agrégé — *Assesseurs.*
- MASSABUAU, agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . Doyen
SARDA. . . . . Assesseur
IZARD . . . . Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales .	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIERE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des f.

Examinateurs de la Thèse

MM. TEDENAT, professeur, *prés.*	MM. DELMAS (Paul), *agrégé.*
de ROUVILLE, *prof-adj.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

G. VIALLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

Hommage de ma profonde admiration.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

P. DELMAS ET MASSABUAU

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

G. VIALLE.

AVANT-PROPOS

Avant de franchir le seuil de cette vieille Faculté, il nous est agréable de jeter un regard en arrière et d'exprimer notre gratitude envers les maîtres qui guidèrent nos pas dans la carrière médicale.

Et tout d'abord, nos remerciements doivent aller à M. le professeur Tédenat, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, et nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence. Nous n'oublierons jamais la sollicitude dont il nous entoura pendant nos études, son enseignement éclairé, et nous garderons le meilleur souvenir de nos deux années d'internat à sa maison de santé : Nos relations quotidiennes nous montrèrent que nous avions un ami à côté du maître ; aussi sommes-nous heureux de lui adresser l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Que M. le professeur de Rouville qui a bien voulu nous faire l'honneur de siéger à notre thèse accepte ici nos remerciements les plus sincères pour les nombreuses marques d'intérêt qu'il nous a prodiguées.

A MM. les professeurs agrégés Delmas et Massabuau, nous sommes heureux de dire combien nous avons été touché de l'amitié dont ils nous ont toujours honoré, et nous les prions d'accepter l'expression de notre vive gratitude.

Enfin nous n'oublierons pas la complaisance et l'ama-

bilité dont M. Izard, le secrétaire dévoué de notre Faculté fit toujours preuve à notre égard.

Un mot amical et affectueux en terminant, pour nos camarades, au milieu desquels nous avons passé nos années d'étude partageant nos peines ou nos joies.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES UTÉRINS

INTRODUCTION

Les fibromes qui atteignent un volume considérable déterminent divers accidents du côté de :

1° L'appareil urinaire . . .	Urètre. Vessie. Uretères. Reins.
2° L'appareil digestif . . .	Gros intestin. Estomac.
3° L'appareil circulatoire. .	Veines. Cœur.
4° L'appareil respiratoire.	

Il est difficile de fixer avec quelque précision le volume auquel commence ce qu'on peut appeler un gros fibrome. Nous verrons en effet que certains fibromes de petit volume peuvent produire sur plusieurs des organes ci-des-

sus indiqués des troubles graves, et que, d'autre part, de gros myômes sont bien supportés, tant au point de vue des hémorragies qu'au point de vue des troubles des autres organes ou appareils. D'une façon générale on peut considérer comme gros myômes ceux dont le poids dépasse 2.500 grammes

Ce qui rend intéressante l'étude des gros myômes, ce sont non seulement les troubles graves qu'ils déterminent souvent, mais encore les troubles trophiques dont ils sont le siège. Nous allons esquisser rapidement l'histoire de ces troubles trophiques, puis nous étudierons les phénomènes physiologiques qu'ils peuvent susciter dans les divers appareils. Nous avons recueilli un certain nombre d'observations de myômes utérins intéressantes à divers points de vue, et nous nous proposons de faire les remarques utiles au point de vue de l'histoire naturelle et du traitement de ces tumeurs si fréquentes.

Nous aurons ainsi à passer en revue un grand nombre de points des questions relatives à l'histoire des fibromes. Nous n'avons pas la prétention d'établir une longue discussion sur chacun de ces points ; nous nous contenterons de donner les conclusions qui ressortiront de nos observations ou des faits établis sur les statistiques actuelles. Il est inutile d'exposer plus longuement le plan de notre travail; qu'il nous suffise de dire que nous étudierons d'abord les tumeurs en elles-mêmes et par rapport à l'utérus, et ensuite par rapport aux autres organes.

Influence de l'âge. — Tous les auteurs s'accordent à dire que les fibromyômes sont une maladie de l'époque active de la vie génitale de la femme, qui ne commencent presque jamais avant 25 ans et qui cessent de croître à la ménopause. On ne trouve cités que de rarissimes cas

avant vingt ans. Nous avons eu l'occasion de voir dans la collection de M. Tédenat un myôme interstitiel du poids de 2.900 grammes enlevé par hystérectomie abdominale chez une jeune fille de 19 ans (se reporter à l'observation IV). A noter que cette jeune fille après son opération a grandi de 5 centimètres ; que les mamelles n'ont pas subi d'atrophie, mais plutôt un développement sensible, et qu'elle a gardé tous les attributs physiques, intellectuels et moraux de la femme. Nous avons eu du reste l'occasion de voir il y a 2 ans une jeune femme de 25 ans chez laquelle M. Tédenat avait pratiqué l'ablation totale de l'utérus et des annexes pour double pyosalpinx blennhorragique à l'âge de 17 ans ; cette opérée avait elle aussi éprouvé un accroissement de taille très considérable après son opération, avec un développement correspondant et remarquable de ses mamelles sans aucun trouble d'aucune sorte.

M. Tédenat a opéré d'un fibromyôme trilobé du poids de 2.300 grammes une jeune femme de 22 ans. Elle avait été réglée à 17 ans, et c'est à l'âge de 18 ans 1/2 que les ménorragies avec caillots abondants pendant 8 ou 10 jours avaient débuté. Cette jeune femme eut la malechance de contracter la blennhorragie qui, rapidement, provoqua des accidents inflammatoires du côté des annexes, de telle sorte que deux ans plus tard, lorsque M. Tédenat l'opéra, elle était très affaiblie par les pertes sanguines, les douleurs à peu près continues dans la région sacro-lombaire et le ventre ; elle eut une bonne guérison malgré un petit abcès au bas de la ligne de suture.

Ces faits de myômes volumineux avant ou un peu après la vingtième année n'infirment pourtant pas la loi générale d'après laquelle la majorité des fibromes est entre 25 et

45 ans. Du reste ce sont là questions sans grande importance.

Bien plus intéressante est la question de savoir ce que deviennent les fibromyômes à l'heure de la ménopause. Jadis les gynécologues affirmaient presque sans exception que la ménopause entraînait l'atrophie des fibromes utérins, conjointement avec l'atrophie de l'ensemble de l'appareil génital.

A cette époque étant donnée l'impossibilité à peu près complète d'un traitement opératoire utile, cette pensée que la ménopause mettrait fin aux accidents provoqués par le fibrome était un encouragement et une consolation. On soutenait du mieux possible les forces de la malade, on combattait l'anémie pour lui permettre d'atteindre l'âge de la ménopause, qui devait mettre fin à ses misères.

Il y a une vingtaine d'années Péan et Kœberlé déclarérent que la ménopause au lieu de sonner l'heure de l'amélioration et de la délivrance sonnait l'heure de l'aggravation. Les fibromes au lieu de s'atrophier augmentent de volume, subissent des transformations qui les rendent plus dangereux, transformations kystiques, sarcomateuses, cancéreuses.

Comme conclusions tirées de ces prémices, il n'y en a qu'une : l'ablation d'un fibrome dès que le diagnostic en est fait. Il est certain que, avec les progrès de la technique opératoire, les opérations pratiquées sur l'utérus fibromateux n'offrent pas une grande gravité, sauf chez les femmes qui approchent de la 50e année, qui sont très anémiques, dont les appareils circulatoires et urinaires ont subi de graves altérations du fait du fibrome. Mais parce que les opérations sont à l'heure actuelle plus bénignes et qu'on doit, de ce chef, s'y décider plus facilement, plus tôt, et avant la détérioration de la santé

générale, faut-il conclure à l'acceptation de la manière de voir mise en honneur depuis quelques années à savoir : que ce n'est que très rarement, que la ménopause amène l'atrophie des fibromes, la disparition des hémorragies, etc...

Haultain dans la 2e édition du System of gynœcology de Albutt et Playfair dit : « A la ménopause, l'accroissement cesse communément, les tumeurs tendent à l'atrophie et les hémorragies cessent ; on peut néanmoins observer des augmentations rapides de volume, presque toujours liées à des troubles trophiques ou plus rarement à des tranformations sarcomateuses ».

Veit (Hanbuck der Gynecology, 2e éd., 1907), soutient lui aussi que la ménopause arrête les hémorragies, la croissance de la tumeur, mais il reconnaît que les cas ne sont pas rares où la tumeur continue à croître et peut subir des transformations dégénératives qui peuvent aggraver la situation.

CHAPITRE PREMIER

Ces transformations peuvent être de diverses natures, les processus de dégénérescence se faisant de diverses taçons, nous aurons alors à faire à une tumeur ayant subi une dégénérescence, soit fibreuse, soit calcaire, graisseuse, granulo-graisseuse lymphangiectasique et tétangiectasique.

1° *Fibreuse.* — La présence du tissu fibreux est considérée par les histologistes comme une dégénérescence survenue au cours de l'évolution du fibrome.

2° *Calcaire.* — Les fibromes calcifiés sont très rares, ils se développent en général à un âge avancé de la vie: vers 50 ans. La calcification s'observe plus fréquemment dans les fibromes sous-séreux pédiculés. Le siège normal des fibromes calcifiés est le corps de l'utérus et les gros fibromes calcifiés sont habituellement uniques : leurs dimensions varient de la grosseur d'un pois à celle d'une tête d'adulte. Ils sont composés au point de vue chimique d'une trame organique et de sels minéraux. La disposition du dépôt calcaire se présente sous deux formes : si la calcification débute au centre, elle s'accroît excentriquement ; si elle commence à la périphérie, elle progresse vers le centre ; les foyers de calcification peuvent

être assez nombreux. A quoi peut-on attribuer cette transformation ? Les causes de la calcification des fibromes résident dans des troubles circulatoires d'origine et de nature mal connues ; le dépôt des sels calcaires se fait, soit sur les fibres musculaires, soit dans le tissu conjonctif. La symptomatologie de ces fibromes se caractérise surtout par des douleurs dans le bas-ventre, des névralgies étendues. Les phénomènes de compression sont fréquents sur les vaisseaux, le rectum et surtout la vessie. Parfois ils provoquent de la leucorrhée et des métrorragies. Un symptôme capital est l'expulsion par le vagin de fragments de la tumeur sous forme de calculs. La mort peut être le terme auquel aboutissent tous ces troubles ; elle survient en général par péritonite ou par obstruction intestinale. Le diagnostic est souvent difficile : la palpation et le toucher révèlent la sensation de dureté, mais le signe le plus important est l'expulsion de fragments de calcul.

L'observation qui suit a trait à un fibrome calcifié enlevé avec succès par M. le professeur Tédenat.

Une femme mulâtresse de 38 ans, de très bonne santé, vierge, réglée à 11 ans et toujours régulièrement pendant 3 jours jusqu'à l'âge de 34 ans, est prise alors de ménorragies avec caillots, et sans autre douleur que de la pesanteur lombo-abdominale Les pertes sanguines durent 8 à 10 jours, abondantes, et affaiblissent la malade ; il n'y a pas de pertes blanches.

La tumeur arrondie et mobile atteint l'ombilic. M. Tédenat pratique l'hystérectomie totale, la tumeur étant régulièrement calcifiée sur toute son étendue. Guérison rapide. La tumeur arrondie de 30 cent. de diamètre, pèse 3.900 gr. Sa périphérie est marquée par une couche calcifiée non interrompue dont l'épaisseur varie de 3 à 10

millim. De la face interne de la capsule calcaire, partent des aiguilles calcifiées qui pénètrent à des profondeurs atteignant jusqu'à 1 cm. Il n'y a pas de dépôt calcaire dans le centre de la tumeur qui est pâle, graisseux, avec des îlots de dégénérescence rouge. Les artères utérines et ovariennes ont une paroi épaissie et surtout sclérosée. M. Tédenat nous a fait remarquer la souplesse des artères fémorale, radiale, temporale chez cette malade. Elle se porte très bien depuis l'opération faite le 10 novembre 1909.

3. *Graisseuse.* — La dégénérescence graisseuse est très rare.

4. *Granulo-graisseuse.* — La dégénérescence granulo-graisseuse est très fréquente ; elle s'observe après un accouchement, une fièvre grave ou après la ménopause. Elle se traduit soit à la partie centrale de la tumeur, soit en plusieurs points disséminés. Les parties atteintes par cette dégénérescence forment une bouillie jaunâtre remplissant une seule ou plusieurs petites cavités ; dans celles-ci se produisent des hémorragies qui teintent le contenu en brun rougeâtre.

5. *Lymphangiectasique.* — La dégénérescence lymphagiectasique produit à peu près les mêmes lésions ; elle est analogue comme apparence à la dégénérescence granulo-graisseuse.

6. *Tétangiéctasique.* — Cette forme est assez fréquente, elle résulte de la dilatation des capillaires qui se transforment en lacs sanguins, donnant à la tumeur en coupe l'aspect d'une éponge imbibée de sang.

7. *La dégénérescence rouge.* — D'après Blais Bell Welster, la dégénérescence rouge se produit surtout dans les tumeurs interstitielles. L'examen microscopique montre des thromboses dans les vaisseaux de la tumeur et parfois des points hémorragiques disséminés dans le tissu néoplasique. Quelques auteurs estiment que la grossesse est cause fréquente de la dégénérescence rouge. D'après Smith et Shaw, ces tumeurs à dégénérescence rouge seraient diagnosticables aux signes suivants : douleur, accroissement rapide de la tumeur, accompagnement d'un peu de fièvre.

Cette dégénérescence a été surtout étudiée par les chirurgiens anglais ; les ouvrages français s'en occupent point ou peu. Ses formes typiques, c'est-à-dire celles où la tumeur dans toute son étendue ou la plus grande partie de sa masse a subi la transformation dégénérative sont rares. Lorrain Smith et Flether Shaw en ont réuni 24 observations. En cinq ans, et sur un total de 85 fibromes opérés par lui dans ces cinq ans, M. Tédenat en a observé 3 cas.

La tumeur répand une odeur de poisson qui ne serait pas tout-à-fait frais. Sur la coupe, le tissu de la tumeur est rouge sombre avec des îlots de couleur pourpre. Dans quelques cas, et nous l'avons vu sur une tumeur de 3.700 gr. opérée par M. Tédenat, la tumeur répand l'odeur de poisson pourri.

Enfin les dégénérescences malignes peuvent atteindre les fibromes utérins en se développant dans l'intérieur même de la tumeur, c'est alors un sarcome, un cancer musculaire, un myôme ou sur la muqueuse c'est un carcinome.

La dégénérescence sarcomateuse est la plus commune.

Elle débute par le vaisseau central puis pousse des prolongements vers les autres parties de la tumeur.

La dégénérescence myxomateuse est plus rare. Elle débute par la paroi des vaisseaux qui se clive, se décompose en lamelles conjonctives contenant des cellules plates ; ces cellules donnent naissance à un tissu muqueux qui se fond peu à peu, formant ainsi de grandes lacunes.

La dégénérescence carcinomateuse est très discutée ; le cancer, a-t-on dit, ne se développe jamais dans le tissu fibreux. C'est sur l'utérus lui-même qu'il se développe et les cancers du corps de l'utérus coexistants avec les fibromes, ne sont pas rares. Les causes n'en sont pas bien déterminées, mais ce que l'on a remarqué, c'est que ces transformations malignes surviennent généralement entre 50 et 60 ans. Il est souvent difficile d'en faire le diagnostic ; ce sont des modifications dans l'état général surtout, qui donnent l'éveil. Les symptômes locaux peuvent apparaître sous forme de changement, de consistance de la tumeur, de douleur, d'écoulement fétide ou d'ascite.

Les fibromes utérins se creusent parfois de cavités closes et la possibilité de dilatations kystiques aux dépens des lymphatiques est admise. Ces cavités prennent naissance par ramollissements (œdème), par dégénérescence graisseuse, par épanchement sanguin.

Par ramollissement, il se fait une infiltration séreuse qui donne naissance à des cavités dans le tissu de la tumeur, ce sont ces cavités que Cruveilher a appelées géodes. Ces géodes sont anfractueuses, dépourvues de membrane propre et creusées dans le tissu même du fibrome.

En général ces fibromes kystiques acquièrent un très grand volume. M. le professeur Tédenat a enlevé une

telle tumeur du poids de 45 livres. Cette dégénérescence kystique se rencontre plutôt dans les parties périphériques des myômes et c'est assez fréquemment qu'on peut les observer. On les rencontre le plus souvent entre 40 et 50 ans, rarement entre 50 et 60 ans. Ces tumeurs offrent beaucoup de danger par leur volume excessif et par les adhérences qu'elles contractent avec les organes voisins rendant l'intervention chirurgicale très difficile.

CHAPITRE II

De telles tumeurs aussi volumineuses logées dans la cavité abdominale doivent nécessairement y apporter des perturbations et donner naissance à des troubles physiologiques nombreux et variés. C'est sous la forme de phénomènes compressifs que se manifestent ces troubles ; cette compression peut s'exercer sur tous les organes voisins

1° Sur l'intestin et en particulier sur le rectum, si cette compression est complète, la vie de la malade est en danger si une opération ne rétablit pas le cours des matières ; la compression est-elle incomplète, les accidents qu'elle détermine sont plus lents mais tout aussi redoutables. M. Routier cite le cas d'une perforation intestinale par compression due à un gros fibrome utérin. L'estomac lui-même peut être déplacé et refoulé.

2° Sur la vessie. Les troubles vésicaux s'expliquent par les rapports anatomiques intimes de cet organe avec l'utérus ; la vessie est étalée et la compression exercée sur la tumeur peut causer soit des besoins fréquents d'uriner, soit au contraire des rétentions d'urine qui nécessitent le cathétérisme. Nous avons pu observer une malade de M. Tédenat dont l'observation est rapportée plus loin ; opérée d'un gros fibrome du poids de 5 kilog. elle avait une rétention d'urine très marquée ; cette rétention a complètement disparu après l'intervention.

Un fait plus rare et qui cependant a été constaté quelquefois est l'hématurie. Henri Hartmann cite le cas d'une malade qui avait de fréquentes hématuries depuis plusieurs mois. A l'examen, par le toucher vaginal, on sentait dans l'épaisseur de la cloison vésico-utérine une petite tumeur dure du volume d'une bille, faisant saillie dans la vessie, ce qui fit faire le diagnostic de myôme vésical. La taille hypogastrique fut pratiquée et montra qu'il n'existait pas de tumeur vésicale, mais bien un fibrome utérin soulevant la vessie ; l'ablation de ce fibrome eut lieu et les hématuries ont cessé à partir de l'intervention.

3° Sur les uretères. Les gros fibromes peuvent aussi exercer leur influence sur les uretères et, en les comprimant, déterminer des lésions du côté des reins. M. Hanot rapporte le cas d'uretères comprimés ayant acquis un diamètre quatre fois plus grand qu'à l'ordinaire et dont les parois avaient triplé d'épaisseur.

4° Sur le système circulatoire. La compression peut porter sur un point de l'aorte, mais c'est surtout sur les vaisseaux iliaques qu'elle s'exerce ; les veines hypogastriques, la veine cave inférieure sont fréquemment comprimées par un gros fibrome, le résultat est l'apparition de phlébite et un œdème général ou partiel des membres inférieurs.

Enfin la question des troubles cardiaques dans la fibromatose utérine tient une place prépondérante : ces troubles se manifestent sous forme d'hypertrophie ou de souffle intense et par des vertiges de la dyspnée.

Rose, de Zurich, dans un mémoire, cite de nombreux cas observés par lui d'affections cardiaques coexistantes avec de gros fibromes, et il n'hésite pas à supposer que l'existence d'affections cardiaques chez ces femmes porteur de fibromes volumineux est due à la présence de la

tumeur. Les troubles portant sur le cœur lui-même peuvent être constatés tant sur le cœur droit que sur le cœur gauche. Du côté droit, il se produit le plus souvent une dilatation ; le mécanisme de sa production s'explique par le seul fait de la compression, tout comme on peut voir une artère se dilater au-dessus d'une ligature. Du côté du cœur gauche, la dilatation se retrouve aussi et elle est accompagnée d'un souffle systolique : en outre, la néphrite qui résulte parfois de la compression des uretères peut amener une hypertrophie du ventricule gauche. Les vertiges, la dyspnée apparaissent en même temps avec tendance aux lipothimies; tous phénomènes qui font indication pour une intervention chirurgicale, mais qui doivent en même temps faire redoubler de précautions préopératoires. Nous avons vu M. Tédenat préparer longuement deux malades très anémiques, très pâles avec des lipothimies, des bourdonnements d'oreilles, pouls filiforme, œdème des membres inférieurs, réduction de l'urine rendue à 2 ou 300 gr. dans 24 heures. La préparation consiste en lavements à garder, en injections de sérum, en l'emploi de la strychnine à la dose de 0 gr. 005 à 0 gr. 010 par 24 heures ; en frictions sèches sur tout le corps en préparations ferrugineuses. Dans ces cas, l'anesthésie à l'éther goutte à goutte, rapidité dans l'acte opératoire sont des facteurs importants de succès.

5° Sur l'appareil respiratoire. Les gros fibromes lui font sentir aussi leur influence fâcheuse. Le refoulement que subit le diaphragme se traduit par de la cyanose, de la dyspnée et peut même aller jusqu'à l'asphyxie.

6. Sur le péritoine Ils déterminent la formation d'une plus ou moins grande quantité d'ascite rarement observée cependant avec les gros fibromes. Quant à la paroi abdominale, contre laquelle ils sont hermétiquement appliqués

et exercent une pression continue, ils la distendent à tel point qu'elle peut parfois arriver à se perforer.

Enfin reste à signaler une autre complication inhérente au fibrome lui-même c'est la torsion La torsion des fibromes utérins est infiniment plus rare que la torsion des pédicules des kystes de l'ovaire. On en trouve les premières mentions dans les transactions de la Société obstétricale de Londres en 1861, puis dans le traité des tumeurs de Virchov (1863).

En 1879 (Mémoire de médecine et de chirurgie militaire) il publie un mémoire où il rapporte trois cas de torsion de pédicule de fibrome sous-séreux.

En 1888, Terrillon (Société de chirurgie) étudie la torsion des fibromes utérins et la déclare un accident bénin, puis paraissent les observations de M. Tédenat, publiées dans le *Montpellier Médical* que nous rapportons plus loin. En 1897 la thèse de Massé (Paris) . Depuis lors la thése de Girard (1908) qui résume un certain nombre d'observations publiées dans ces dernières années. Il est certain que l'existence d'un pédicule favorise grandement la torsion. Dans deux cas de M. Tédenat, les tumeurs étaient très volumineuses et s'inséraient de façon très asymétrique sur le pédicule assez large, mais pourtant bien caractérisé. Une de ces tumeurs chez une femme de 33 ans avec des ménorragies très abondantes pesait 2.800 gr. Le pédicule long de 3 cm., épais de 4 à 5 suivant les points s'insérait à l'union du tiers droit de la tumeur avec les deux tiers gauche et la torsion avait eu lieu de gauche à droite. Elle portait à la fois sur le pédidule et un peu sur la région isthmale de l'utérus. La malade éprouvait depuis 3 mois des douleurs persistantes qui s'exacerbaient à chaque période menstruelle; elle avait souvent des pertes entre deux menstruations successives.

Lors de l'opération qui fut une hystéréctomie totale qui guérit sans incident, on trouva dans la cavité abdominale environ un litre de sérosité fortement colorée par le sang.

L'autre observation de M. Tédenat est relative à une femme de 45 ans, ayant depuis une dizaine d'années des ménorragies très abondantes avec caillots, durant de 7 à 12 jours. Elle fut prise de douleurs violentes abdominales avec vomissements, pouls filiforme, facies grippé, tout le tableau en un mot de l'étranglement interne. En même temps apparut une abondante hémorragie utérine, bien que les règles ne fussent attendues que 10 ou 12 jours plus tard. Après injection sous cutanée de 1000 gr. de solution saline, contenant 0,05 millig. de strychnine M. Tédenat pratiqua l'hystérectomie et constata une torsion de gauche à droite d'un pédicule long de 3 cm. large de 5 cm et épais de 5 ou 6 millimètres à peine. Il s'insérait loin du centre de la tumeur qui était comme enclavée dans le Douglas où existaient quelques caillots sanguins paraissant très récents. Malgré un choc traumatique très grave, cette malade fit une guérison rapide. M. Tédenat remarqua sur cette tumeur du poids de 2.200 gr. des plaques ecchymotiques sous-séreuses et sur la coupe existaient des îlots de couleur pourpre ; la tumeur répandait l'odeur de poisson trop fait de la « dégénérescence rouge »

En général le diagnostic de la torsion n'est pas fait avant l'intervention chirurgicale. On pense plus volontiers à une poussée de salpingo-ovarite concomittante du fibrome ou d'appendicite. Du reste la symptomatologie de la torsion varie suivant qu'elle est très accentuée brusquement, ou qu'elle se fait au contraire de façon lente et progressive.

Les deux observations de M. Tédenat que nous venons de citer en sont bien la preuve.

On peut dire d'une façon générale que la torsion à marche aiguë présentant tous les signes du péritonisme aigu, est le fait d'un ou deux tours de spire rapidement produits. La torsion chronique caractérisée par des douleurs lombo-abdominales plus ou moins fréquentes, plus ou moins vives, est de diagnostic plus facile et on doit penser à la torsion lente du pédicule quand ces douleurs coïncident avec une augmentation des pertes sanguines menstruelles ou intermenstruelles. On a cité des exemples de torsion survenant pendant la grossesse. Dans ce cas, le ramollissement de la tumeur, l'augmentation rapide de son volume et de son poids sont des conditions favorisantes de la torsion, soit du pédicule s'il existe, soit de l'utérus lui-même au niveau de sa portion la plus mince qui est en général au niveau de l'isthme.

Aiguë ou chronique, la torsion impose d'une façon habituelle une intervention chirurgicale qu'on aurait tort de différer. Il faut pourtant savoir y préparer les malades par tous les agents qui sont capables de relever la tension sanguine et de soutenir le cœur : injections intraveineuses ou intramusculaires, lavements salés à garder, injections sous-cutanées de strychnine ou d'adrénaline. M. Tédenat fait un grand usage soit avant, soit après les grandes opérations abdominales des lavements salés à garder, de l'instillation continue intrarectale et de la strychnine qu'il emploie à la dose de 0,04 à 0,05 milligr. répétés trois à quatre fois par jour.

CHAPITRE III

En tenant compte de l'opinion émise par la majorité des auteurs qui s'accordent à considérer les fibromes comme une affection très grave, en tenant compte d'autres considérations, telles que le volume de la tumeur (ces gros fibromes par leur volume excessif sont d'une gêne considérable pour la femme qui en est porteur), les troubles physiologiques locaux et généraux qu'ils occasionnent ; on doit, semble-t-il, en présence de ces divers symptômes instituer un traitement sérieux et précoce.

Deux modes d'action sont à la disposition du praticien : le traitement médical et le traitement chirurgical. Le premier ne paraît guère convenir à de volumineux fibromes, il n'est indiqué que lorsque le traitement chirurgical est contre-indiqué ou comme traitement d'attente, mais on ne peut pas en espérer des résultats très satisfaisants, il est purement symptomatique. On ne manquera pas de faire porter à la malade une ceinture abdominale ; elle devra éviter les excès de fatigue quelconques ; on combattra la constipation par des laxatifs et des lavements, on prescrira le repos au lit au moment des règles surtout si elles sont abondantes. Ce sont des précautions indispensables auxquelles viendra s'ajouter une des trois méthodes suivantes ;

1° Le traitement par le seigle ergoté et l'ergotine.

2° Le traitement par l'électricité.

3° Le traitement par les eaux minérales.

L'ergotine sera surtout utile dans le cas où l'abondance des hémorragies peut mettre la vie de la malade en danger, mais son influence sur la tumeur elle même est fort douteuse ; il en est de même du Cannabis Indica et de l'hamamelis virginia.

Le traitement électrique est comme le précédent, d'une valeur très contestable. Le Dr Siredey de Paris, préconise la radiothérapie dans la cure des fibromes utérins surtout contre l'élément hémorragie et lorsque l'on se trouve en présence de fibromes d'un volume restreint, mais non lorsqu'il s'agit de tumeurs volumineuses occasionnant des troubles de compression en faisant craindre des phénomènes de dégénérescence. C'est un médecin français, le Dr Foveau de Courmelles, qui le premier utilisa la radiothérapie à cet usage.....

Le 11 janvier 1904, le professeur D'Arsonval rapportait à l'Académie des Sciences le cas de deux femmes traitées par Foveau, de Courmelles, présentant l'une un fibrome volumineux remontant au-dessus de l'ombilic, l'autre une tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche ; ces femmes perdaient abondamment. A la suite d'applications très fréquentes de rayons de Rœntgen, il obtint une régression du volume des fibromes et la suppression des hémorragies.

On explique l'effet de la radiothérapie sur les fibromes en considérant son action sur l'ovaire, car en agissant sur l'ovaire on agit sur le fibrome, vu la relation existant entre l'ovaire et le développement des fibromes. A cette action sur l'ovaire s'ajoute une action directe sur la tumeur elle-même. Après un mois et demi environ de

traitement, les hémorragies deviennent moins abondantes et les règles s'espacent et diminuent. Le fibrome diminue de volume et les troubles qu'il causait disparaissent. La radiothérapie est indiquée dans le traitement des fibromes jeunes, mais si l'on constate l'inefficacité de ce traitement, ou si les troubles dus à la compression apparaissent, on doit avoir recours au traitement chirurgical. En somme, le mode d'action de la radiothérapie est de provoquer une ménopause prématurée, ou comme on l'a appelée quelquefois une castration sèche.

Un autre procédé en usage depuis quelques années est la radiumthérapie, mais c'est surtout aux fibromes pelviens, aux petits fibromes pelvi-abdominaux et à ceux qui, par leur éloignement de la paroi abdominale, sont difficilement accessibles à l'action des rayons X que s'appliquera le traitement par le radium.

Enfin le traitement thermal est souvent employé. Il fait quelquefois des améliorations, mais non des guérisons. On s'adresse dans ce cas aux eaux chlorurées sodiques de Salins, de Salies du Béarn, de Biarritz.

Comme on le voit, toutes ces médications ne sont que des mesures palliatives, le plus souvent inefficaces ; on peut dire qu'il n'existe pas de médication véritablement curative des fibromes ; on peut faire du traitement médical un traitement d'attente et parer aux éventualités les plus pressantes en agissant sur les hémorragies et les douleurs, mais ce traitement reste impuissant contre les phénomènes compressifs dont les conséquences peuvent être fatales.

En tenant compte de ces diverses considérations, c'est donc au traitement chirurgical qu'il faudra avoir recours, exception faite cependant pour les fibromes de petit volume. Mais si on est en présence d'un gros fibrome

chez une malade d'âge moyen (40 à 45 ans) pas trop anémiée, ayant un état général assez bon, et dont la tumeur augmentant régulièrement de volume fait apparaître les troubles fonctionnels cités plus haut, il faut opérer. L'intervention est indiquée aussi chez une femme jeune dont le fibrome augmente constamment de volume, même sans s'accompagner de troubles fonctionnels.

Les procédés opératoires en présence desquels on se trouve sont relativement assez nombreux pour que l'hésitation soit permise. A quel d'entre eux doit-on avoir recours ?

Et tout d'abord la question qui se pose la première est la suivante : Doit-on opérer par la voie vaginale ou par la voie abdominale ? La question pourrait être discutée, s'il s'agissait de petits fibromes, mais comme il s'agit ici surtout de gros fibromes, il ne paraît pas possible d'intervenir par la voie vaginale, et c'est donc à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Là encore le chirurgien a plusieurs procédés à sa disposition ; Spencer-Wells prétendait avoir souvent constaté la rétrocession des symptômes au moment de la ménopause ; Hégar et Lawien-Tait tirèrent de ce principe l'idée de déterminer une ménopause anticipée ; ce fut l'origine de l'opération de Battey, qui consiste dans l'ablation des deux ovaires. C'est une des opérations palliatives les plus répandues, mais cette castration ovarienne n'est pas applicable aux gros fibromes, et pour ce fait est généralement abandonnée. L'énucléation est une autre opération palliative mais réservée aussi pour les petits fibromes.

C'est donc à l'hystérectomie abdominale totale qu'il faut avoir recours ; on fait l'ablation des annexes et de la totalité de l'utérus, de façon à ce qu'il ne reste aucun pédicule. Kœberlé le premier pratiqua le 19 décembre

1863 l'hystérectomie abdominale pour fibrome non pédiculé. Cette opération est indiquée dans les cas où sont apparus les troubles graves. Albertin dit que d'ordinaire il pratique la castration

Un autre procédé opératoire qui a réuni aussi un assez grand nombre de partisans est, l'hystérectomie abdominale supra-vaginale. Applicable à la cure des gros fibromes, elle est d'une exécution aussi facile que l'hystérectomie abdominale totale. Dans le cas de volumineux fibromes, la voie abdominale étant obligatoire, ce mode d'intervention semble avoir quelques avantages. C'est la première en date par rapport aux autres méthodes d'hystérectomie ; elle est plus simple et plus rapide, puisqu'on s'arrête au col, d'où économie de temps et perte de sang moindre.

D'après Terrier, chaque fois que la chose est possible, on doit préférer à l'hystérectomie totale, l'hystérectomie abdominale supra-vaginale. Beaucoup d'autres auteurs, tels que Monprofit d'Angers, Noble de New-York, Quénu se rangent à cet avis. La conclusion qui se dégage de ces faits, c'est que seule l'hystérectomie abdominale totale est applicable au traitement des gros fibromes ; qu'elle soit totale ou supra-vaginale, ce n'est qu'une question secondaire semble-t-il.

CHAPITRE IV

Quel résultat pouvons-nous attendre d'une hystérectomie pour fibrome. En général le résultat est satisfaisant, comme le montrent les observations qui accompagnent ce travail, mais il est certain que dans le cas de tumeurs volumineuses la mortalité post-opératoire est plus considérable. Cela tient à ce que les malades atteintes de fibromes ont un cœur en mauvais état depuis longtemps déjà, cela tient surtout à l'apparition des thromboses veineuses qui peuvent faire des embolies post-opératoires.

C'est en général vers le 15e jour, en bonne voie de convalescence, que subitement une douleur et de l'œdème se produisent dans le membre inférieur gauche, signalant l'apparition d'une infection des gros troncs veineux. Cette phlébite post-opératoire est-elle un accident fréquent, et dans quelles proportions l'observe-t-on eu égard au grand nombre des laparotomies : quelques chiffres tirés des divers auteurs vont répondre à la question.

Clark après 3.000 laparotomies a observé 42 cas de thrombophlébite fémorale ainsi répartis : myôme utérin 16 cas ; kyste de l'ovaire 10 cas ; rétroflexion utérine 5 cas, cancer utérin 2 cas, appendicite 2 cas, salpingite 2 cas, rein mobile 1 cas, cancer pyplorique 1 cas.

La statistique de Cordier porte sur 232 cas, dont 168 sont soigneusement répartis ainsi qu'il suit : myomecto-

mies 69, opérations abdominales pour lésions diverses 36, appendicites 25, néphrectomies 16.

D'autres chiffres empruntés à la clinique d'Arboi, montrent sur 1651 laparotomies, 11 cas de thrombophlébite, dont 10 pour opérations sur l'utérus.

Parfois elle se complique d'embolie. Une malade de Boully après une hystérectomie pour fibrome présenta une phlébite crurale gauche avec embolie pulmonaire consécutive ; la mort survint au 57e jour.

La symptomatologie entre la douleur et l'œdème du membre, se complète par le caractère du pouls ; celui-ci en effet, est fréquent, mais la fréquence ne s'accompagne pas de petitesse comme dans la péritonite : la fréquence est seule constatée, et elle s'accuse progressivement. Les thrombus formés dans les gros troncs veineux du membre inférieur font obstacle à la circulation et provoquent une fréquence de contractions cardiaques. Dans le cas qui nous occupe ici de fibrome utérin volumineux, le cœur est le plus souvent dégénéré ; il est en état « d'atrophie brune » décrit par Hofmeier ; il est certain que ce cœur dégénéré ne pourra pas par des contractions plus fortes vaincre cette résistance et le nombre des pulsations sera par suite augmenté.

Mahler a donné à ce signe le nom de pouls grimpant (Kletterpuls), et ce signe de Mahler annonce la phlébite et par son intensité l'embolie prochaine, malgré la persistance de la température à 37°.

Gross cite le cas d'une malade opérée d'un fibrome volumineux dont le pouls était à 120 le lendemain de l'opération ; pendant le jour suivant il se maintint à 100-110 avec une température de 37°5, puis redevint normal, la malade commet l'imprudence de se lever et meurt 18 jours après l'opération. A l'autopsie on trouva une thro-

mose des veines du bassin et un caillot oblitérant l'artère pulmonaire. Weiss, Févier, Roudier et Flaischlen-Wyder citent des cas analogues.

D'après M. Mériel, l'embolie pulmonaire se voit plus fréquemment après les hystérectomies pour fibromes, qu'après une autre opération abdominale. Vautrin citait 5 cas dans sa thèse d'agrégation. Après lui Le Monniet, Pozzi, A. Martin, Driart, Fenke, en publient une vingtaine analogues.

On arrive ainsi à un total de 25 cas de myomotomie, comprenant 3 décès par embolie, soit le 1,4 p. 100.

Cette embolie survient comme un coup de foudre dans un ciel serein, dit Wyder, rien ne la fait prévoir, si ce n'est la fréquence maxima du pouls et la thrombose qui lui a donné naissance a pu être parfois peu apparente ; c'est pendant un pansement ou en se promenant dans la salle d'hôpital que meurt la malade, il était impossible de lui porter secours. L'embolie est donc la complication la plus grave post-opératoire, et c'est aussi la plus terrible, car nous sommes désarmés contre elle.

A côté de ce danger soudain et contre lequel nous sommes impuissants, les autres accidents post-opératoires se réduisent à peu de chose, si le chirurgien ne terminant pas son rôle après l'acte opératoire, entoure la malade de soins éclairés et ce sera par une surveillance attentive de la quantité d'urine émise pendant 24 h. par l'administration de petits lavements à garder pour augmenter la diurèse, par la position assise, dite position de Fowler, que l'on assurera le succès de l'intervention dans des cas parfois très graves.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Professeur Tédenat) : Diagnostic posé
Myôme kystique inclus. -- Ponctions multiples ayant donné jusqu'à 25 litres l'une.
Hystérectomie totale. -- Guérison.

Mme J. B..., 50 ans, fortement constituée, sans maladie antérieure grave. Réglée à 12 ans régulièrement. Mariée à 20 ans. Accouchements normaux à 23, 25, 28 ans. Depuis l'âge de 35 ans, les règles sont devenues beaucoup plus abondantes, toujours régulières, mais elles durent cinq ou six jours au lieu de trois ou quatre. Il y a un an, augmentation rapide du volume du ventre, les règles deviennent bien moins abondantes. Un médecin diagnostique un kyste de l'ovaire. On a fait cinq ponctions dans les six derniers mois. Les premières donnaient de 5 à 8 litres de liquide légèrement brunâtre qui se coagulait partiellement ; l'avant-dernière a donné 25 litres, la dernière faite il y a trois semaines a donné 15 litres. La malade s'est amaigrie, affaiblie. Elle est pâle, a peu d'appétit, a le facies des grosses tumeurs de l'ovaire.

Le 30 novembre 1891, à son entrée : ventre énorme, arrondi, matité partout, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis et dans les flancs. Là il n'existe aucune sonorité pour si en arrière qu'on se porte, et pourtant M. Tédenat nie l'ascite ; le liquide lui paraît bien enkysté. Le

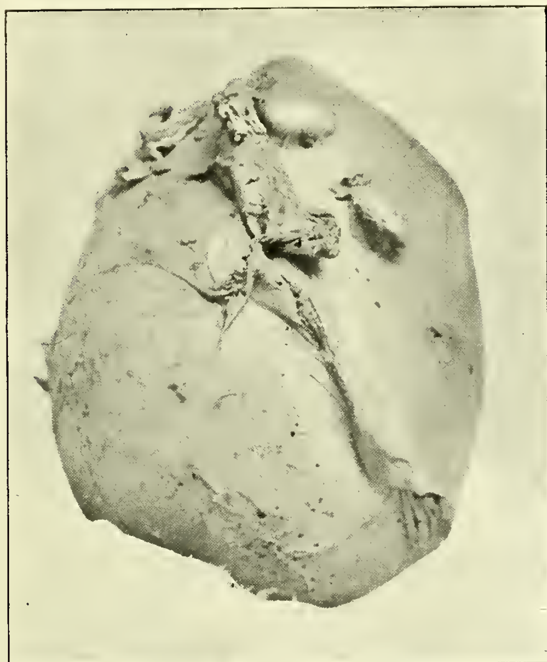


Figure I



Figure II



toucher vaginal montre le col allongé (3 centim.), dur, le corps utérin ne peut être identifié et se perd dans la tumeur liquide. La sonde pénètre à 8 centimètres. A cause des antécédents (menstruations abondantes, croissance rapide de la tumeur coïncidant avec une diminution des menstrues, liquide brunâtre se coagulant spontanément, et des constatations actuelles), M. Tédenat diagnostique un myôme kystique, et à cause de la disparition de toute matité dans les flancs, croit la tumeur incluse dans les ligaments larges. On ne peut expliquer autrement les signes physiques.

Les ponctions successives, nécessairement fréquentes, ont déjà affaibli la malade, l'ablation de la tumeur est le seul moyen — périlleux il est vrai – d'arracher la malade à une mort prochaine.

Opération : 4 décembre. Incision médiane de 12 centimètres. Légères adhérences de la tumeur à la paroi abdominale. La tumeur est rouge, à surface fasciculée. Elle est incisée sur la ligne médiane : évacuation de 9 à 10 litres de liquide. Alors ligature rapide des artères ovariennes de chaque côté, des ligaments ronds, décollement de la vessie. Incision des ligaments larges jusqu'à section des artères utérines, qui, peu volumineuses, sont pincées et liées. Tout l'utérus est amputé, moins l'anneau cervical. Surjets hémostatiques : 1· sur la tranche du col utérin ; 2· sur les ligaments larges. Une grosse gaze iodoformée de haut en bas dans le vagin fait drainage abdomino-vaginal.

10 décembre. La malade a éprouvé un choc opératoire intense. Des injections de caféine, des lavements à garder la relèvent difficilement ; il y a quelques vomissements dans la journée de l'opération.

Depuis le 8 décembre la température est à 37°4, 37°9, le

pouls à 100·. La mèche vaginale est enlevée ; elle a drainé un liquide rose pâle, assez abondant. Après lavage du vagin une mèche iodoformée est introduite dans le col, sur une profondeur de 3 centimètres.

25 décembre. La malade est affaiblie, peu d'appétit, elle prend deux litres de lait ; elle est guérie.

La malade quitte l'hospice le 15 janvier dans un état de grande faiblesse. M. Tédenat la revit en avril dans un état satisfaisant, mais avec de l'œdème des membres inférieurs et des traces d'albumine dans l'urine. En août 1892, la santé était meilleure, l'alimentation se faisait avec œufs, viande, purées ; la malade pouvait faire d'assez longues promenades.

Remarque : Après ligature des deux artères ovariennes, incision des ligaments larges, la poche kystique fibro-myomateuse fut assez facilement décortiquée, sans hémorragie, grâce à la ligature des utérines. Les uretères ne souffrirent pas dans cette décortication. La poche kystique présentait à sa face interne des tractus, des cloisonnements incomplets qui la laissaient à peu près monoloculaire. La poche fut sectionnée circulairement au niveau de l'isthme, après nouvelles ligatures en masse sur les utérines. Pour éviter tout suintement sanguin, un surjet serré fut jeté sur la tranche de section. Il semble qu'une énorme tumeur myomateuse occupant tout le corps de l'utérus avait subi la transformation kystique (Tédenat).

Observation II

(Professeur Tédenat). Diagnostic posé
Enorme myôme kystique inclus. Plusieurs ponctions. Malade cachectique.
Hystérectomie. Mort rapide

Mme Louise Ro..., 54 ans. Symptômes de myôme utérin depuis l'âge de 38 ou 40 ans. Hémorragies abondantes. Tumeurs. Il y a 2 ans et demi, ménopause. Il y a 15 ou 16 ans, augmentation rapide du volume du ventre, qui devient le siège d'une tension douloureuse. Depuis le mois de juillet 1892, jusqu'à l'entrée à l'hôpital (16 janvier 1893) on a fait 8 ponctions. Elles ont donné des quantités de liquide brunâtre variant de 8 à 10 litres. Après chaque ponction, la malade éprouve un soulagement qui dure de moins en moins à mesure que les ponctions se suivent. M. Sarda, appelé auprès de la malade, conseille une intervention chirurgicale.

17 janvier 1893. Malade amaigrie, pâle, peau sèche. Pouls à 100, faible. Œdème léger des membres inférieurs jusqu'à l'aine. Ventre énorme, arrondi. Matité totale sans la moindre sonorité dans les flancs ; légère ascite. La tumeur arrondie fluctue d'un flanc à l'autre. Elle fait corps avec l'utérus qui réduit à son col admet 10 cent. de sonde.

Ce cas est identique à celui de l'observation I. Pour les mêmes raisons, M. Tédenat porte le même diagnostic et se résout à la même opération désespérée. Elle est faite le 21 janvier, péniblement. Bien que l'hémorragie ait été légère, la malade succombe après 26 heures.

Observation III

Myôme pédiculé kystique du corps de l'utérus pris pour un kyste de l'ovaire. Ablation avec résection du pédicule tordu. Guérison

Mme Fanny R..., 49 ans. Mariée à 23 ans. Pas de grossesse. Règles régulières pendant 3 à 4 jours jusqu'à 40 ans. Alors elles augmentent de durée 8 à 10 jours avec caillots. Il y a six mois, douleurs abdominales qui durent une dizaine de jours avec ballonnement léger, quelques nausées. A la fin de cette crise on trouve une tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme.

M. Tédenat voit la malade en janvier 1896. L'utérus est un peu augmenté de volume et semble indépendant de la tumeur qui est située en avant de lui, le mettant en rétroversion à gauche. Il croit, à cause de la situation antérieure de la tumeur et des poussées douloureuses, à un kyste dermoïde de l'ovaire.

Opération le 3 février 1896 La tumeur est recouverte par l'épiploon qui lui adhère. Il est facile à décoller, quatre ligatures font une hémostase. La tumeur est rouge fasciculée. Un pédicule long de trois travers de doigt, large de 2 cent. et d'épaisseur un peu moindre, tordu sur lui-même, fixe la tumeur à la face antérieure de l'utérus, un peu en avant de la trompe droite. Une pince est placée sur le pédicule qui est sectionné en avant de la pince. Ligature en chaîne (trois anses) au-dessus de la pince. Cautérisation au thermo-cautère de la partie supérieure de la section. Ablation des annexes droites ; pyosalpinx et kyste hématique de l'ovaire droit du volume d'une noix verte.

Guérison rapide et sans incidents.

La tumeur portait deux loges du volume d'une orange,

contenant un liquide visqueux brun-foncé, et quatre autres loges du volume d'une noix remplies de sang noir. Poids 2 kil. 800.

La tension du pédicule semble avoir déterminé le rassemblement du myôme et l'épanchement de sang à son intérieur.

Observation IV

Mlle Louise R..., 19 ans, réglée à 14 ans 1/2, toujours très bien portante, sans aucun antécédent familial pathologique, digne d'être noté. Pendant la première année, ses règles duraient trois jours, assez abondantes, sans pertes blanches, sans douleurs, puis des ménorragies avec caillots durèrent dix, douze jours. A l'âge de 18 ans, la malade très anémiée par ses règles qui duraient de douze à quinze jours, et éprouvant des besoins d'uriner très fréquents, avec à plusieurs reprises de la rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme consulta le Dr Dusser (mai 1904), qui constata la présence d'une tumeur enclavée dans le petit bassin, dure, arrondie. Six mois plus tard les ménorragies ayant continué, malgré les injections très chaudes, la teinture d'hamamélis virginica, et l'état d'anémie étant très accentué, M. Tédenat pratiqua l'hystérectomie subtotale avec conservation des annexes.

L'opérée guérit sans incident et continue à jouir d'une excellente santé.

Observation V

Mme C..., 36 ans, mariée, entre à la Maison de santé du profeseur Tédenat, pour fibrome, utérin le 21 septembre 1912.

Dans ses antécédents héréditaires, il n'y a rien à signaler.

Dans ses antécédents personnels, la malade a été réglée à 11 ans, très régulièrement. Mariée à 21 ans, une grossesse s'est terminée par un avortement, puis deux accouchements normaux.

Le début de la maladie actuelle remonte à trois ans. La malade a éprouvé la sensation d'un corps étranger dans la partie inférieure de l'abdomen. Les métrorragies ont apparu durant vingt jours par mois, avec gros caillots et pertes blanches assez abondantes. La région abdominale est très douloureuse. A partir de ce moment le ventre augmente peu à peu de volume et les métrorragies deviennent plus fréquentes.

Cet état dure jusqu'au jour où la malade va trouver M. le professeur Tédenat, et rentre à sa Maison de santé.

L'état général se caractérise par une anémie très marquée : appétit conservé, bonnes digestions, pas de constipation. L'examen des urines ne révèle rien.

L'opération a lieu le mardi 24 septembre 1912.

Après anesthésie à l'éther goutte à goutte, on extrait par voie abdominale un gros fibrome (fig. 2) du poids de 5 k. 500, mesurant dans sa circonférence antéro-postérieure, 58 centim., et dans sa circonférence transverse, 54 centimètres. La malade a fait une réunion immédiate, les suites opératoires ont été normales, sans fièvre.

Observation VI

Mme F..., 45 ans, veuve, entre à la Maison de santé du professeur Tédenat, pour fibrome, le 12 octobre 1912.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève rien.

Dans ses antécédents personnels, la malade a été réglée à l'âge de 16 ans pour la première fois ; les règles n'ont jamais manqué, sauf pendant ces cinq dernières années, et duraient cinq à six jours. Pas de pertes blanches. Mariée à 23 ans, a eu deux enfants dans les premières années de son mariage ; accouchements normaux. A l'âge de 31 ans, un avortement suivi d'un curettage.

Début de la maladie il y a cinq ans : la malade a éprouvé des douleurs violentes dans la région de l'estomac et l'hypocondre droit (elle a été traitée alors pour une dilatation d'estomac, mais le traitement n'a amené aucune amélioration dans son état).

Quelques mois après, les règles qui jusque-là avaient été normales sont devenues plus abondantes et durent huit jours ; elles ne sont pas douloureuses, et on n'y remarque pas de caillots. A ce moment le diagnostic de fibrome d'un volume d'une pomme a été porté pendant une saison thermale à Salies.

Peu après d'autres troubles apparaissent : douleurs vésicales et rétention d'urine nécessitant fréquemment le cathétérisme, douleur violente dans la fosse iliaque droite ; les règles durent huit jours très abondantes avec de nombreux caillots.

Il y a trois ans, après une émotion ressentie au moment de sa periode menstruelle, la malade a dû s'aliter ; à partir de ce moment, les règles sont très douloureuses et l'obligent à garder le lit pendant les huit jours de leur durée.

Au cours de ces trois dernières années, le ventre a augmenté insensiblement de volume ; en juin dernier, forte hémorragie au moment des règles, qui a nécessité l'intervention du docteur.

L'appétit est conservé, sauf pendant la période mens-

truelle, mais une constipation opiniâtre est définitivement établie. C'est dans cet état que la malade va trouver au mois d'octobre, M. le professeur Tédenat, qui lui propose l'intervention. Elle a lieu le 17 octobre 1912.

On extrait un gros fibrome (fig 1) du poids de 5 kgr., mesurant dans sa circonférence antéro-postérieure 54 centimètres, et dans sa circonférence transverse, 50 centim.

Les suites opératoires ont été excellentes, sans fièvre, et la malade est rentrée chez elle guérie le 15 novembre 1912.

Observation VII

(Professeur Tédenat).

Extraction d'un fibromyôme de l'utérus avec hystérectomie.

La malade âgée de 36 ans, célibataire est entrée à l'hôpital le 18 février 1892. Bonne santé habituelle, pas d'antécédents morbides. Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Quelques douleurs abdominales au moment de chaque menstruation.

Il y a quatre ans, la malade éprouva de fortes douleurs abdominales, coïncidant avec des pertes sanguines très abondantes : consécutivement pertes blanches d'odeur fétide.

Depuis lors, les pertes n'ont pas cessé, tantôt sanguines, tantôt blanc-jaunâtres, contenant parfois des débris membraneux. Expulsion douloureuse de caillots sanguins abondants. Douleurs lombaires sourdes continues.

Par intervalles, poussées de cystite, gêne dans la défécation, sensation de tiraillement dans les régions ovariennes.

En octobre dernier, troubles gastriques caractérisés par des vomissements et de la diarrhée.

Depuis quelque temps, des douleurs abdominales rendent la marche pénible.

Etat local : le vagin est occupé par une tumeur grosse comme le poing et que l'on peut contourner avec le doigt. Des lavages bi-quotidiens sont faits avec une solution de sulfate de cuivre (1 gram. p. 200).

22 février : nettoyage du vagin, tamponnement à la gaze iodoformée ; purgatif.

23. Anesthésie à l'éther après piqûre d'atropomorphine. La tumeur est saisie avec des pinces à griffes, une première portion est enlevée au bistouri : la main est ensuite introduite dans le vagin et le reste de la tumeur est attiré en dehors de la vulve. On constate que l'utérus est en état d'inversion complète, la tumeur s'implantant sur son fond.

La tumeur est d'abord réséquée, puis après ligature élastique appliquée au niveau du col utérin, l'utérus est sectionné au bistouri et la surface de section cautérisée au thermocautère.

Dans les manœuvres d'extirpation de la tumeur, il s'est produit une déchirure complète du périnée : le sphincter anal et le périnée sont reconstitués par des sutures en forme de demi-cercle. Pas d hémorrhagie. Le tube élastique à ligature est laissé dans le vagin : tamponnement à la gaze iodoformée ; sonde de Suns à demeure. Le soir pas de fièvre, douleurs modérées : les suites de l'opération ont été absolument normales.

Observation VIII

(Professeur Tédenat)

Mlle G..,, 43 ans, entre le 5 novembre 1892 à la villa Fournier (service de M. le professeur Tédenat).

Antécédents héréditaires. Mère morte à 75 ans d'un cancer à l'estomac.

Antécédents personnels. Pas de maladie antérieure.

Réglée à l'âge de 14 ans sans douleur ; menstruation toujours régulière. durée 3 ou 4 jours ; règles peu abondantes, jamais de pertes blanches.

Pas de grossesse.

Début. Il y a dix-huit mois sans cause connue. La malade a éprouvé des douleurs siégeant au niveau de l'hypogastre, une irradiation du côté du sacrum. Ces douleurs d'ailleurs peu intenses n'étaient pas continuelles, mais elles apparaissaient à peu près tous les soirs et duraient parfois une partie de la nuit, Elles ont persisté trois mois, s'exagérant aux époques menstruelles, puis ont disparu d'une façon définitive

Pendant ce temps, les règles ont été plus abondantes que d'habitude ; à deux ou trois reprises, elles sont revenues deux fois dans le même mois.

Il y a un an, la malade a remarqué que son ventre grossissait, mais elle ne peut préciser le point où la tuméfaction s'est montrée au début ; l'augmentation de volume de l'abdomen a été progressivement rapide.

Depuis lors les règles ont souvent manqué pendant un ou deux mois ; elles duraient cinq à six jours, étaient peu abondantes et non douloureuses.

Perte de l'appétit : amaigrissement.

Etat actuel. Facies ovarien ; essoufflement à la moindre fatigue. Rien de particulier du côté des organes respiratoires, circulatoires, digestifs.

La malade n'accuse de douleurs d'aucune sorte : pas de pertes, elle urine huit à dix fois par jour., quatre à cinq fois la nuit depuis quatre ou cinq ans; selles régulières.

Abdomen distendu par une tumeur globuleuse égale-

ment développée dans tous les points occupant l'hypogastre, les fosses iliaques, les flancs et remontant à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Cette tumeur présente une vague lobulation du côté gauche. Matité complète dans toute l'étendue, fluctuation perceptible à droite.

Les battements des artères de la cavité abdominale sont transmis par la tumeur : pas de bruit de souffle.

Le toucher vaginal difficile n'apporte aucun renseignement précis : vulve, vagin, col de vierge, culs-de-sac paraissent libres.

Les mouvements de la tumeur ne se transmettent pas au col. Les urines ont été analysées à trois reprises différentes diminution assez considérable de l'urée.

Diagnostic. Tumeur kystique ovarienne, avec masses solides prédominantes.

Le 12 novembre, tout était prêt pour l'opération, lorsque les règles sont apparues : elles ont duré jusqu'au 19 novembre, peu abondantes, ne s'accompagnant d'aucune douleur.

Le lundi 14 novembre opération. Anesthésie générale à l'éther après piqûre de morphine ; incision sur la ligne blanche. à partir de deux centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'au pubis. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une faible quantité de liquide ascitique.

Ponction de la tumeur avec le gros trocart de Kœberlé, il ne sort rien par la canule, la tumeur est complètement solide. On agrandit alors l'incision de la paroi en contournant l'ombilic à gauche, puis ramenant sur la ligne médiane jusqu'à deux travers de doigt environ de l'appendice xiphoïde.

M. Tédenat passe les mains entre les parois abdominales et la tumeur, de façon à énucléer celle-ci ; mais il

existe des adhérences nombreuses résistantes au péritoine et à l'intestin ; la libération de ces adhérences est très pénible; on a posé sur ces adhérences environ une vingtaine de ligatures en masse. En un point, la séparation d'avec les tissus voisins étant impossible, on a laissé adhérent à l'intestin un morceau de la tumeur, que l'on a touchée au thermo-cautère porté au rouge sombre.

La tumeur est enfin amenée hors de l'abdomen ; elle tient au fond de l'utérus par un pédicule charnu elliptique de 12 cm. de long sur 8 de large.

Ligature élastique du pédicule. Celui-ci est touché au thermo-cautère ; une broche d'acier le maintient hors du ventre à la partie inférieure de la plaie. Suture en collerette du péritoine autour du pédicule. Le reste de la plaie est fermé par une suture à double étage.

Pansement à l'iodoforme.

Examen anatomique. — Tumeur lobulée, complètement solide, pesant 5 kilogs. C'est un fibromyôme de l'utérus. Dans ce cas particulier, il y a eu erreur de diagnostic, mais cette erreur est motivée :

1° Par le développement rapide, très rapide même de la tumeur

2° Par l'absence d'hémorragie utérine.

3° Par la constatation du facies ovarien.

CONCLUSIONS

I. Les fibromes qui dépassent le volume habituel de ces tumeurs ne présentent au point de vue étiologique et pathogénique aucune particularité.

II. Au point de vue clinique ils se caractérisent surtout par l'importance des troubles de compression, les principaux portant :

1° Sur la vessie (rétention d'urine, hématuries) ;

2° Sur l'uretère (hydronéphrose, destruction du parenchyme rénal, urémie, anurie) ;

3° Sur l'intestin (occlusion intestinale) ;

4° Sur les vaisseaux iliaques (phlébites et thromboses).

III. Une complication importante des gros fibromes est constituée par les troubles cardiaques au cours de leur évolution. Ceux-ci se caractérisent anatomiquement par la dilatation du cœur et les dégénérescences diverses de la fibre cardiaque. Ces modifications sont sous la dépendance d'une part, de la compression exercée par la tumeur sur les vaisseaux abdominaux pelviens, et d'autre part des altérations sanguines provoquées par les grandes hémorragies.

IV. Le traitement de choix des gros fibromes de l'utérus est l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale.

V. Le pronostic opératoire est peut-être plus grave que pour les autres variétés de fibromes. Cette gravité particulière est sous la dépendance de deux facteurs principaux :

1° L'état du cœur qui manifeste son insuffisance aussitôt après l'opération :

2° La fréquence des thromboses veineuses, facteur essentiel de l'embolie post-opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

AUBEAU et GOLATZ. — Semaine Gyn. 1898.
ALBERTIN. — Journal de Chirurgie, 1911.
ALBERTIN. — Lyon Médical, avril 1911.
BOUILLY. — Congrès de Chirurgie, 1898.
CHÉRON. — IIIe Congrès de Physiothérapie, avril 1911.
CRUVEILIER. — Traité d'anatomie pathologique.
CHAVANNAZ. — Revue mensuelle d'obst. et de péd. de Bordeaux, 1901.
DEUTSCHE. — Zeitschrift für chir.
DUPLAY. — Traitement des fibromes utérins. Presse méd., juin 1900.
DEMARQUAY. — Traité des maladies de l'utérus.
DUVERGER. — La phlébite dans l'évolution des fibromes. Congrès français de chirurgie, 1911.
FLECH. — Archives für gyn. 1904. Les myômes et la cardiopathie dans leurs rapports mutuels.
GUILLAUME. — Thèse Lyon 1911.
HARTMANN. — Les hématuries dans les fibromes utérins.
Journal of obstétric and gynécology ; of the British Empire, mars 1913.
Annales de gyn. et d'obst. 1902.
Journal de Chir., mars 1912.
LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.
LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médical chir. de gyn.
LUCAS. — Thèse Paris, 1900.

LINGEN. — Sur les rapports des fibromes utérins et du cœur. Zeitschrift für gyn. 1905.

MÉRIEL. — Les phlébites des membres inf. Gazette des Hôpitaux, 1908.

MEYER. — Thèse Paris, 1911.

MICHEL. — Revue gyn. 1900.

MONPROFIT. — Congrès français de Chir., 1897.

PELLANDA. — Thèse Lyon 1905.

POZZI. — Traité de gyn.

PALM (Berlin). — Journal de Chirurgie, 1910.

QUÉNU. — Semaine gyn., juin 1899.

RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obst.

ROUTIER. — Bulletin et mémoire de la Société de Chir., 1896.

SIREDEY. — Archives d'obst. méd., expérimentale et chirurgicale.

SÉBILEAU. — Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen, Revue de Chirurgie 1897, mai 1911.

SCHWARTZ. — Revue de Chirurgie 1883.

TERRILLON. — Bulletin de la Société de chir. de Paris 1881.

TILLAUX. — Traité de chir. clinique.

TUFFIER et DE ROUVILLE. — Congrès de Lisbonne, 1906.

TERRIER. — Congrès français de chir., octobre 1898.

VINCENT. — Lyon Médical, 1898.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 5 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 5 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure. au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
